

Warum die Prämedikation manchmal versagt

Hrycyk, Joris*; Nairz, Knud*; Böhm, Ingrid*

*Universitätsinstitut für Diagnostische, Interventionelle und Pädiatrische Radiologie, Inselspital, Bern, Schweiz

Einführung

Patienten mit einer anamnestischen Überempfindlichkeitsreaktion auf Kontrastmittel (KM) erhalten zwecks Prävention eine Prämedikation vor einer geplanten KM-Gabe. Wenn die Prämedikation nicht erfolgreich ist, bezeichnet die Literatur das Phänomen als „**Breakthrough Reaction**“ (BTR) [1], gibt allerdings keine Erklärungen dafür. Wir zeigen anhand von zwei Fällen erstmals die Ursachen für BTRs.

Anamnese

Fall 1 → 84jährige Patientin mit anamnestischer KM-Allergie auf Iopromid. Sie erhielt 1 Amp Tavegyl® und 125mg Methylprednisolon i.v. und anschliessend Iopromid. Wenige Minuten später beobachteten wir Dyspnoe, Tachykardie und Hypotonie. Behandlung durch das Notfallteam und Verlegung auf die ITS.

Fall 2 → 75jährige Patientin reagierte 2 Tage nach Iomeprol mit Hautausschlag. Als wieder ein KM-gestütztes CT erforderlich war, spritzte ihr der Arzt 1 Amp Tavegyl® i.v., bevor sie wieder Iomeprol erhielt. Ca. eine Woche später trat erneut der Hautausschlag auf.

Diskussion

Die erste Patientin reagierte, weil sich **extrem starke Reaktionen**, wie z.B. der anaphylaktische Schock, nicht mit einer Prämedikation unterdrücken lassen. Die applizierte Dosis ist für die Reaktionsstärke zu gering. Um den Patienten vor einer erneuten KM-Reaktion zu schützen, muss auf ein individuell verträgliches KM gewechselt werden [2]. Dazu ist ein Allergietest in einer dafür spezialisierten Abteilung hilfreich.

Die zweite Patientin reagierte, weil sich **T-Zell-vermittelte Spätreaktionen** nicht mit einer Prämedikation unterdrücken lassen. Dazu gehören u.a. makulopapulöse Exantheme (Abb.1) [3, 4] bzw. fixe Arzneimittellexantheme (Abb.2) [5]. Zur Vermeidung hilft ebenfalls das Ausweichen auf ein individuell verträgliches KM, das mittels Allergietests ermittelt wird [5]. Diese beiden Fälle verdeutlichen, dass die Prämedikation bei bestimmten Reaktionsformen (z.B. starke allergische Reaktionen, Spätreaktionen) nicht zur Prävention geeignet ist, sondern die gezielte Vermeidung des auslösenden KM [2].

Literatur

1. Davenport MS, Cohan RH, Caoili EM, Ellis JH. Repeat contrast medium reactions in premedicated patients: frequency and severity. Radiology. 2009;253:372-9.
2. Böhm I, Schild H. KM-bedingte Anaphylaxie und Prävention durch Auswahl eines verträglichen Kontrastmittels. RöFo 2008;180(12): 1127-9.
3. Böhm I, Schild HH. A practical guide to diagnose lesser-known immediate and delayed contrast media-induced adverse cutaneous reactions. Eur Radiol. 2006 Jul;16(7):1570-9.
4. Böhm I, Schild HH. Immediate and non-immediate reaction after non-ionic X-ray contrast medium injection: case report and review of the literature. Eur J Radiol Extra 2007;61:129 – 133.
5. Böhm I, Medina J, Prieto P, Block W, Schild HH. Fixed drug eruption induced by an iodinated non-ionic X-ray contrast medium: a practical approach to identify the causative agent and to prevent its recurrence. Eur Radiol. 2007;17(2):485-9.



Abb. 1: Makulopapulöses Exanthem (aus [3])



Abb. 2: Fixes Arzneimittellexanthem (aus [5])